

Soins Médicaux et de Réadaptation avec Balnéothérapie

DEMANDE D'ADMISSION

Médecine Générale

- Docteur Guy FEUZ
Président de la CME
- Docteur Suleyman KURT
Médecin coordonnateur
- Docteur Julien ANDOUARD
- Docteur Christophe POET

Cardiologie

- Docteur Jean-François CAMILLERI

Pharmacien gérant de la PUI

- Docteur Jérôme BRAYER

Cadre de Santé

- Mme Alexandra RIVIERE

Assistante Sociale

- Mme Christine FASSETTA

Masseurs Kinésithérapeutes D.E.

- Mme Anne-Laure BROCARD
- M. Rémy CARILLET
- Mme Anne GILLI
- M. Andy KAUMANN
- M. Loïc POULAT

Enseignant en activités

physiques adaptées et santé

- M. Rémi LUCCHINI
- M. Antoine MAILLOT

Educateur Sportif en Sport Santé

- M. Rémi GAYRARD

Ergothérapeute

- Mme Emmanuelle MAZENC

Diététicienne

- Mme Vanessa CASETTO

Psychologue clinicienne

- Mme Laurence HENIN

☐ **HOSPITALISATION COMPLETE**

☐ **HOPITAL DE JOUR (HDJ)**

Etablie par : Dr/Ets

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom et prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Numéro sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale :

Adresse :

☎ :

Situation familiale :

Personne à prévenir :

Lien de parenté :

☎ :

Chambre particulière souhaitée (NC si HDJ) : ☐ Oui ☐ Non

JOINDRE : COPIE DE LA CARTE MUTUELLE, LES TRAITEMENTS EN COURS (ordonnances) ET LES COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION

Pathologie en cours motivant l'hospitalisation en SMR :

Syndrome infectieux en cours : ☐ NON ☐ OUI :

Allergies :

Antécédents :

Créatinine :

Poids actuel :

Taille :

Soins Médicaux et de Réadaptation avec Balnéothérapie

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous afin de pouvoir placer le patient dans la chambre la plus adaptée à son état de santé.

Toilette :	Sans Aide	☐	Aide partielle	☐	Aide totale	☐
Habillage :	Sans Aide	☐	Aide partielle	☐	Aide totale	☐
Déplacements :	Déambulateur / rollator	☐	Fauteuil roulant	☐	Canne	☐
Transferts :	Aide humaine	☐	Verticalisateur	☐	Lève-malade	☐
Alimentation :	Sans Aide	☐	Aide partielle	☐	Aide totale	☐
Trouble de la déglutition :	Oui	☐	Non	☐		
Régime alimentaire :						
Incontinence urinaire :	Jour :	Oui	☐	Non	☐	Nuit :
		Oui	☐	Non	☐	Oui
		Oui	☐	Non	☐	Non
Incontinence fécale :	Jour :	Oui	☐	Non	☐	Nuit :
		Oui	☐	Non	☐	Oui
		Oui	☐	Non	☐	Non
Sonde vésicale :	Oui	☐	Non	☐	Stomie :	Oui
		Oui	☐	Non	☐	Non
Comportement :						
Adapté	☐	Agité	☐	Anxiété	☐	Déambulation
	☐		☐		☐	Dépression
Autres troubles du comportement :						
Orientation :	Normale	☐	Désorienté	☐	Confus	☐
		☐		☐	Risque de fugue	☐
Communication orale :	Normale	☐	Impossible	☐	LSF ou sur lèvres	☐
		☐		☐	Par images	☐
Communication écrite :	Normale	☐	Impossible	☐	Braille	☐
		☐		☐	Par images	☐
Handicap moteur :	Paraplégie	☐	Hémiplégie	☐	Tétraplégie	☐
Amputation :	Oui	☐	Non	☐	Appareillage :	
Handicap visuel :	Oui	☐	Non	☐	Appareillage :	
Handicap auditif :	Oui	☐	Non	☐	Appareillage :	
Escarres :	Oui	☐	Non	☐	Localisation :	
Plaies :	Oui	☐	Non	☐	Localisation :	
Aides en place :						
Devenir à l'issue du séjour :						

Je soussigné(e), Dr
certifie que M

n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.

L'accueil dans votre établissement serait souhaitable pour le __ / __ / ____

Date :

Signature et Cachet :

☎ :